

## ใบนำส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....

### เรียน ผู้รับประโยชน์

บริษัทขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของท่านในครั้งนี้ และเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกแบบฟอร์มพร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน และกาเครื่องหมาย  ลงใน  หน้ารายการเอกสารที่จัดส่งมา

#### 1.1 รายการเอกสาร กรณีเสียชีวิตจากโรค

- ค่าแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิเนื่องในมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย
- ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
- สำเนาใบมรณบัตรที่รับรองสำเนาถูกต้อง โดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย
- สำเนาทะเบียนบ้านที่มีการจำหน่าย "ตาย" ของผู้เอาประกันโดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์ จำนวน 5 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ **ทุกคน** ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ **ทุกคน** ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์ จำนวน 4 ฉบับ
- กรมธรรม์ประกันชีวิต หรือ ต้นฉบับใบรับรองการเอาประกันภัย
- หนังสือยินยอมในการเปิดเผยประวัติที่ลงนามโดยผู้รับประโยชน์หรือทายาทตามกฎหมายแล้วแต่กรณี
  - จำนวน 5 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ ภายใน 1 ปี
  - จำนวน 3 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ มากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี

#### 1.2 รายการเอกสารกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือเหตุอื่น ยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 ดังนี้

- สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน
- สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ

#### 1.3 รายการเอกสารกรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ ให้ยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 และ 1.2 ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่ บิดา มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

#### 1.4 รายการเอกสารเพิ่มเติมอื่นๆ เฉพาะบางกรณีเท่านั้น

- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (กรณีมีการเปลี่ยนชื่อ - สกุล) ทะเบียนสมรส ฯลฯ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้รับประโยชน์ **ทุกคน** (กรณีเรียกร้องกรมธรรม์ประกันชีวิตควมหน่วยลงทุนเท่านั้น)
- เอกสารแสดงยอดหนี้สินคงค้างของผู้เอาประกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (กรณีทำประกันภัยคุ้มครองยอดหนี้บัตรเครดิต)

#### การจัดส่งเอกสาร

ท่านสามารถจัดส่งเอกสารดังกล่าวผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ บมจ.พยูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกแห่ง หรือ จัดส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง บมจ. พยูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน 944 มิตรทาวเวอร์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

ผู้นำส่งเอกสาร.....ผู้รับเอกสาร.....

วันที่นำส่งเอกสาร.....วันที่รับเอกสาร.....

**คำแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิเนื่องจากการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย**

กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อ-นามผู้สกุลเอาประกันภัย.....  
 จำนวนเงินเอาประกันภัย..... วันเริ่มสัญญา.....

**1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย**

ชื่อ - นามสกุลผู้เสียชีวิต..... อายุ..... ปี  
 ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 อาชีพสุดท้ายก่อนเสียชีวิต..... ตำแหน่ง..... ประกอบอาชีพนาน..... ปี

**2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรณกรรม**

ชื่อ- นามสกุล..... อายุ..... ปี อาชีพ.....  
 ที่อยู่สำหรับส่งเอกสาร เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....  
 ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ใช้สิทธิในฐานะ.....

**3. รายละเอียดการมรณกรรม**

วันที่เสียชีวิต..... สถานที่เสียชีวิต.....  
 สาเหตุการเสียชีวิต.....

**4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรณกรรม**

ผู้เอาประกันภัยเริ่มมีอาการหรือเจ็บป่วยมาตั้งแต่ วันที่.....  
 อาการที่สังเกตเห็น.....  
 ผู้เอาประกันพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....  
 ชื่อแพทย์..... สถานพยาบาลที่ไปพบ.....

**5. รายละเอียดแพทย์และสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และในระยะใกล้เคียงกับวันสมัครทำประกันภัย**

ชื่อแพทย์และสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา



## บริษัท Pruเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 944 มิตรทาวเวอร์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้า โทร: 1621 โทรสาร: 0 2353 4888  
อีเมล: hotline@prudential.co.th เว็บไซต์: www.prudential.co.th  
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

### 6. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิต หรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

### คำรับรองและความยินยอมของผู้เรียกร้องสิทธิ

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัยที่ปรากฏในใบคำร้องฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตควมหน่วยลงทุน ดังนี้
  - ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องมรดกกรมก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องครบถ้วนและอนุมัติเรียบร้อยแล้ว หากบริษัทฯ ได้รับใบเอกสารการเรียกร้องภายหลังเวลา 16.00น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง หากวันที่จะขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำรายการได้
  - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้รับประโยชน์ก่อนและบริษัทฯ จะจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง
  - ผู้รับประโยชน์จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนจากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการนับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทจัดการกองทุนได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ มูลค่าหน่วยลงทุน ราคาขายหน่วยลงทุน และราคาซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ต.

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

( )

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

( )

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

วันที่(วัน/เดือน/ปี).....

"ในกรณีที่บริษัทฯ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะพยาน แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ [https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice]"

**ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา**

ชื่อ-สกุลผู้ป่วยที่เสียชีวิต.....อายุ.....ปี อาชีพ.....  
 หมายเลขบัตรประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....  
 เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยทั่วไป (H.N).....เลขที่ผู้ป่วยใน (A.N).....

- ก. เสียชีวิตวันที่.....เวลา.....สถานที่เสียชีวิต.....  
 ข. สาเหตุที่เสียชีวิต.....  
 ค. สาเหตุน่าคือ.....สาเหตุแทรกซ้อนคือ.....
- ก. ท่านรู้จักกับผู้ป่วยมานานเท่าใด.....  
 ข. ตามความเห็นของท่าน โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด.....  
 ค. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆ อีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วย)  
 ถ้ามีโรคอะไรบ้างเป็นมานานเท่าใด.....
- ก. ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่.....  
 ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่.....  
 ค. สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่.....  
 ง. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่(หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ).....  
 จ. มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุสถานที่ตรวจและผลการตรวจ).....  
 ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ อาชีพ หรือที่พักผ่อน.....
- มีการตรวจหรือในใบนำส่ง เรียกว่า "ชันสูตรพลิกศพ" ตามวิธีการแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจด้วย.....
- ท่านทราบ หรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และหรือที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบ กรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้

วันที่	ชื่อแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา

- ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้..... ซม. น้ำหนัก..... ก.ก. ต่ำหนิหรือแฝดเป็น.....
- ความเห็นอื่น ๆ.....  
 ข้าพเจ้า นพ./พญ. ....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....คุณวุฒิ.....  
 ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....ที่อยู่.....  
 ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายการแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....แพทย์  
 (โปรดประทับตราสถานพยาบาล) ( )

"ในกรณีที่บริษัทฯ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะพยาน แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ [https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice]"

บริษัทฯ ไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้ได้ว่าของเอกสารฉบับนี้



**บริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้า โทร: 1621 โทรสาร: 0 2353 4888  
อีเมล: hotline@prudential.co.th เว็บไซต์: www.prudential.co.th  
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

**หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เกี่ยวข้อง  
เป็น .....ของ(นาย,นาง,นางสาว).....(“ผู้เอาประกันภัย”)  
ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ตกลงยินยอม  
ให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษา พยาบาล หรือ  
ข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของ  
บริษัท เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัท สามารถจัดเก็บ ใช้  
และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือ  
ผู้แทนของบริษัท หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงิน  
ตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้า ตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน  
ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัท ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย  
หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

( ลงชื่อ ).....ผู้รับประโยชน์ ( ผู้ให้ความยินยอม )  
(.....)

( ลงชื่อ ).....พยาน  
(.....)

( ลงชื่อ ).....พยาน  
(.....)